SEÑORA PRESIDENTA.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Son las 16:42).

–Buenas tardes. Damos la bienvenida al señor ministro de Salud Pública, al equipo del Ministerio de Desarrollo Social, y a los demás integrantes de la delegación, así como a los colegas de la comisión que supieron entender la necesidad de realizar esta reunión que a pedido de ambos ministerios solicitara el señor ministro Basso. Concretamente, creyó oportuno que los recibiéramos hoy debido a los sucesos ocurridos en las últimas veinticuatro horas –relacionados con lo acontecido en un hogar de ancianos–, y para acercar a esta comisión todos los elementos que tienen hasta el momento a nivel de ambos ministerios.

Consideramos oportuno, señor ministro, invitar también a los integrantes de la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado ya que, directa e indirectamente, esa asesora también tiene que ver con este tema. Por esa razón, contamos con la presencia de la presidenta de la comisión, la señora senadora Alonso.

Habrá notado que pudimos responder con rapidez su solicitud. Nos pareció pertinente el planteo realizado, que haya tenido la iniciativa y que haya pensado en que la comisión podía atenderlos. Así que, sin más, le damos la palabra al señor ministro de Salud Pública.

SEÑOR MINISTRO.- Buenas tardes.

Antes que nada quiero agradecer a la comisión por la rápida respuesta. Como ustedes comprenderán, nuestra participación no sustituye otras instancias que puedan generarse; no obstante, entendíamos que era de orden que ante una situación tan grave, que nos ha generado gran congoja y una preocupación importante a todos, nuestro primer gesto fuera el de solicitar una instancia de estas características a la brevedad para que, junto con el Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio de Salud Pública diera cuenta de cuál es el estado de situación de toda esta problemática vinculada con los centros de larga estadía, a los que buena parte de nuestra sociedad ha incorporado a su propia realidad familiar e institucional.

A nivel de nuestra cartera nos acompañan el Director General de la Salud, doctor Quian; la Subdirectora General de la Salud, doctora Raquel Rosa; la Directora General de Coordinación, doctora Adriana Brescia, y nuestra asesora Marlene Sica, exdirectora General de la Salud. Así hemos comparecido, en el entendido de que una situación de estas características requería una mirada de todo el territorio porque son realidades comunes y diferentes en función de algunas particularidades de este fenómeno sociosanitario.

Lo primero que queremos comentarles es que en todas las sociedades modernas, con la transición demográfica y epidemiológica, nos encontramos frente a un desafío de singular importancia que es, por un lado, el creciente envejecimiento de la población y, por otro, las dificultades que tienen las familias, como otrora, de hacerse cargo de las personas mayores en todas las situaciones que se puedan dar. La atención debida y, de alguna manera, la repercusión que tiene en la sociedad el envejecimiento de la población, determina que no solamente las personas van teniendo dificultades para auto valerse, sino que también van incorporando patologías y enfermedades propias de la edad, que impactan fuertemente en el sistema de salud y en las políticas sociales desarrolladas por los distintos estados.

Como ustedes saben, nosotros somos de los países donde tiene un fuerte impacto el envejecimiento de la población; somos a nivel mundial uno de los países con mayor porcentaje de personas mayores de 65 años. Tenemos algo más del 14% de la población que es mayor de 65 años y todo parece indicar que ese porcentaje va a seguir incrementándose. Por lo tanto, creo que a nivel de

políticas públicas tenemos un enorme desafío de ver cómo nos vamos a plantar frente a una realidad que tiene grandes complejidades y varias aristas a considerar.

Frente a un tema que vino para quedarse y seguramente para extenderse en el tiempo, en el país se ha venido dando un fenómeno –creo que por todos conocido– que son las denominadas casas de salud; ahora de alguna forma planteamos modificar su designación y hablar de centros de larga estadía. Además, hay otras modalidades que también se han generado y que tienen que ver con hogares que incorporan personas mayores, personas dependientes, que no son establecimientos de por sí pero que de alguna forma incorporan población añosa, los cuales se extienden a lo largo de todo el territorio. Los organismos que han estado frente a estos temas han venido variando. Como ustedes saben, originalmente estos controles estuvieron a cargo del Ministerio de Salud Pública. Luego, a través de la rendición de cuentas anterior a la actual, las competencias de estos establecimientos pasaron a la órbita del Ministerio de Desarrollo Social. A partir de la última rendición de cuentas se generó una articulación entre los Ministerios de Salud Pública y de Desarrollo Social pero quedó en la órbita del primero la habilitación y la eventual clausura de los denominados centros de larga estadía. Esto está vinculado con los artículos 517 y 518 de la Ley n.º 19355, que deroga el artículo 298 de la Ley n.º 19149.

Lo que siempre ha estado en debate a nivel planetario han sido, justamente, los llamados servicios sociosanitarios. Sabido es que las estructuras tradicionales del sector salud están vinculadas a las clínicas, a los laboratorios y a los centros de atención de la salud, pero los distintos modelos de establecimientos sociosanitarios que existen en el mundo tienen diferentes formas de organizarse.

Reitero que a partir de la última ley de presupuesto se produjo una articulación entre dos ministerios pero se ha seguido trabajando en una reglamentación –que estará pronta en las próximas semanas– a los efectos de establecer con total precisión las áreas de competencia de cada una de las carteras.

La realidad que hemos constatado a lo largo de los últimos años demuestra que muchos de estos locales surgen de hecho, justamente, a partir de situaciones concretas en las que las personas dejan a sus familiares en algunos de estos establecimientos. Luego, a partir de denuncias o de controles realizados se generan los procedimientos para la habilitación correspondiente. Es decir que el mecanismo habitual de contacto de estas instalaciones con los organismos públicos surge a través de hechos consumados de situaciones en las que ya existen usuarios, pacientes o residentes en este tipo de establecimientos. Frente a una situación de hecho sobre la que se debe proceder al cumplimiento de la normativa existente, se genera una circunstancia bien compleja que debe ser trabajada con suficiente inteligencia, gradualidad y firmeza para asegurar un bien preciado, que es que estas generaciones de ancianos o de pacientes añosos, muchos de ellos con algún grado de discapacidad, tengan condiciones dignas en el proceso de cuidados.

Diría que uno de los aspectos claves sobre el que hemos venido trabajando ambos ministerios, se ha centrado en cómo generamos los procesos para la incorporación formal de estas estructuras que comenzaron funcionando de hecho; cómo vamos logrando el cumplimiento de la normativa, cómo las revisamos y las seguimos actualizando periódicamente y cómo supervisamos, fiscalizamos y controlamos los aspectos más sustantivos del cuidado sociosanitario.

Tenemos un conjunto de datos que hemos venido compartiendo con el Ministerio de Desarrollo Social a partir de este proceso iniciado en enero de este año, que hacen referencia, por un lado, a esta categoría que hemos denominado centros de larga estadía o establecimientos registrados. En esta categoría están identificados los locales porque, a partir de denuncias, se los ha podido ubicar, monitorear, controlar e incorporar en una base de datos. Me apresuro a decir que somos conscientes de que es muy probable que exista un subregistro y que, por lo dinámico de los acontecimientos, puedan estar dándose situaciones que todavía no hemos podido identificar como establecimientos de esta categoría.

Asimismo, hoy hice referencia a que nos encontramos, también, frente a hogares de inserción familiar, es decir, hogares que incorporan residentes y que, por lo tanto, no son un establecimiento formal. Ninguna normativa exige un director técnico a estos locales porque se trata de

hogares que incorporan personas añosas pero que no son establecimientos en sí mismos. Como decía, se trata de hogares que incorporan a una o dos personas que empiezan a convivir allí sin ser integrantes de la familia.

Seguramente –como comprenderán los señores senadores– en esta categoría también haya un fuerte subregistro porque, de alguna forma, la identificación es muy compleja, salvo que se dé una situación que motive una denuncia o genere un llamado de atención.

Hoy tenemos 1112 establecimientos registrados, de los que un entorno del 83 % tiene ya su director técnico, a partir de los controles que se fueron haciendo por el Ministerio de Desarrollo Social hasta fines del año pasado y por el Ministerio de Salud Pública en lo que va de este año.

Nos parece que el componente del director técnico es sustantivo porque establece que haya un profesional responsable que se haga cargo, justamente, de vigilar que los procedimientos vinculados a la atención de los aspectos asistenciales o sanitarios, se realicen correctamente. Estamos hablando de la eventual medicación, de la historia clínica, de los controles paraclínicos y, sobre todo, de asegurar que todas estas personas tengan un prestador integral o un médico tratante del servicio público, de manera que estén bajo supervisión clínica del sector salud.

Ese director técnico responde al Ministerio de Salud Pública y esta cartera cuenta con el nombre de cada uno de ellos. Por lo tanto, cuando se genera algún tipo de denuncia o cualquier hecho concreto es el referente, frente a ese ministerio, sobre el que se puede accionar.

A estos establecimientos registrados, de alguna manera, se les aplican las normas vinculadas a las habilitaciones que, como todas, siempre son precarias y revocables. Tienen una vigencia de cinco años y, por lo tanto, muchos de los establecimientos en algún momento pueden estar habilitados y, después, por distintas circunstancias, dejar de estarlo, ya sea porque se mudan, cambian de titularidad, modifican estructuras locativas, se requieren procedimientos nuevos al producirse vencimientos de otras habilitaciones –como la famosa habilitación de bomberos, que tiene una vigencia– o, directamente, porque no se inician los trámites de habilitación o rehabilitación correspondientes en tiempo y forma. Esta situación determina que tengamos un bajo número de establecimientos habilitados que han cumplido todos los procesos a los que hicimos referencia.

La idea es que los establecimientos registrados que todavía no poseen habilitación tengan establecido lo que podríamos llamar un plan de mejoras, es decir, que estén en proceso de habilitación a partir de ese plan de mejoras. Un elemento sustantivo para mantenerlos en esa categoría de registrados en plan de mejora para ser habilitados, es que se den las condiciones mínimas, básicas y necesarias tendientes a garantizar la buena atención de las personas que se encuentran en dichos establecimientos. Concretamente, los residentes deben estar bien cuidados y alimentados, con su historia clínica, correctamente medicados y no presentar las famosas escaras de decúbito, tan frecuentes cuando las personas son abandonadas en un lecho. También se tiene en cuenta que se brinde un servicio que garantice la atención digna. Quiero detenerme un poco en esto último porque conozco algo del tema; además, quienes somos médicos y trabajamos mucho tiempo recorriendo establecimientos, sabemos lo importante y significativos que son el cariño, el cuidado y la atención del ser humano que se encuentra en ellos. Con esto no quiero desmonetizar la importancia de la hotelería o sugerir que no es necesario tener una infraestructura adecuada; simplemente digo que lo que es definitorio y marca cuándo un establecimiento puede funcionar o no, es la forma en que se atiende y cuida a las personas que allí viven. En este sentido, nos hemos encontrado con locales que tienen deficiencias desde el punto de vista estructural y dificultades locativas –muchos de ellos, en términos normativos no cumplen las disposiciones que permitirían una habilitación en tiempo y forma– pero, mientras se procesa la habilitación, la clave está en cómo se atiende y cuida a las personas que residen en ellos. Controlar las condiciones sanitarias de estas personas es una función básica vinculada al monitoreo que realiza el Ministerio de Salud Pública, pero también hay aspectos vinculados a la inserción social, aspectos que controla el Ministerio de Desarrollo Social. En realidad, hay una sinergia que tiene que ver con asegurar el adecuado cuidado y los controles sanitarios básicos que esas personas deben recibir en esos locales que están registrados y en proceso de habilitación.

Muchas de estas estructuras han venido mejorando, y eso obedece a la fiscalización que se hace periódicamente, en general, seis o siete veces al año –nunca menos de una vez al año–; dependiendo de las circunstancias, los locales pueden seguir funcionando mientras se tramita la habilitación o ser clausurados por no darse las condiciones que garanticen el tratamiento digno que merecen las personas internadas.

Ha habido clausuras que tienen que ver con un conjunto de factores como, por ejemplo, que no están dadas las condiciones para el correcto cuidado de las personas o que las estructuras son de una precariedad tal que impiden su utilización para este tipo de establecimientos. Entonces, debe haber un plan de mejora para los establecimientos registrados que ofrezca una buena atención a los internados.

En este proceso, un factor clave es el personal que trabaja en estas residencias. Básicamente, entran en la categoría de personas que cuidan enfermos o ancianos. Por lo tanto, existe un enorme desafío en cuanto a la formación permanente de este personal que, como es sabido, en algunos establecimientos tiene una cierta rotación. No podemos conformarnos simplemente con la fotografía de una inspección –seamos claros, las inspecciones no dejan de ser una fotografía, una instantánea–, pues no puede asegurarnos que al poco tiempo de que ese personal haya adquirido ciertas destrezas a través de cursos de actualización, no vaya a cambiar de trabajo. Por lo tanto, habrá que estar vigilando la continuidad de la experticia de quienes están llevando a cabo esos cuidados, particularmente en los casos de dependencias severas, que requieren de apoyos extraordinarios en materia de atención.

Cabe señalar que ambos ministerios tienen bases de datos, equipos programáticos y equipos inspectivos. El verdadero desafío es conseguir un Estado más eficiente y que logre mejores resultados con los recursos que tiene, lo que requiere una adecuada articulación de las estructuras de ambos ministerios; creo que este es el desafío de todo el Estado. En particular en áreas tan sensibles como la que estamos considerando, el intercambio de información y el diálogo entre los propios sistemas de información son muy importantes. Es fundamental que quien vaya a visitar los locales, identifique situaciones, las comunique y transversalice la información, de manera que se proceda en consecuencia. Hay que incentivar y estimular los sistemas de fiscalización y control y, eventualmente, si no hay alternativa, clausurar y cerrar estos establecimientos.

Muchas veces todos le pedimos al Estado mayor fiscalización y control, lo que ciertamente es importante pero, reitero, en muchas áreas las inspecciones no dejan de ser fotografías. Lo sustancial es asegurar –a través del control de los familiares y también, por qué no, del control social– procesos que determinen que todo el tiempo –no solo durante las inspecciones– estén dadas las garantías que se persigue con la normativa que se aplica.

Ustedes –principalmente los parlamentarios que tienen experiencias en este tema o, quizás, trayectoria en lo territorial– conocen lo dramático que es clausurar un establecimiento. Se genera todo un proceso en el que el principal responsable de la relocalización de los residentes es el propietario del establecimiento. Sin embargo, en las circunstancias en las que muchas veces se da esa clausura, después de seis o siete inspecciones, quien debería estar a cargo deslinda responsabilidades en lo que hace a la reubicación de esas personas y suele suceder que las familias, por diversas razones, tampoco se hacen cargo temporalmente de ellas, ya sea en su propio domicilio o utilizando alguna otra alternativa. En definitiva, se genera un verdadero desafío institucional a la hora de identificar establecimientos que permitan incorporar a esas personas en otro centro de larga estadía definitorio que garantice las mejores condiciones.

Se han cerrado establecimientos, se ha relocalizado a residentes, se realizan inspecciones, se identifican aquellos casos que no cumplen con la normativa, se establece un procedimiento de mejora continua con respecto a su situación, se identifica como elemento definitorio la atención y el cuidado del paciente allí internado y en este momento estamos intentando afrontar una reglamentación que tenga que ver con lo que establece el nuevo marco legal aprobado en la última rendición de cuentas.

Los hechos generados en las últimas horas, que han motivado nuestra comparecencia en este ámbito, ya están en la órbita de la Justicia. En la noche de ayer, la Dirección General de Salud dio cuenta del trabajo que durante toda la jornada llevaron a cabo varios organismos públicos, atendiendo las terribles circunstancias de personas fallecidas o que fueron afectadas en su salud, todo lo cual tuvo una amplia difusión mediática, como corresponde. Seguramente, este hecho ha sido un disparador para llevar a cabo un fuerte debate en la sociedad a fin de ver cómo se puede seguir trabajando en el tema. Entendemos que debemos asumir responsablemente el verdadero desafío que tenemos todos –también los organismos del Estado– para hacernos cargo de este problema, pero a su vez debemos transmitir que este desafío merece, por parte de toda la sociedad, un debate muy importante –diría que definitorio– acerca de cómo vamos a abordar el creciente número de personas con envejecimiento que necesitan cuidados; de alguna manera, ese es el destino de nuestra sociedad. Este es un debate que se ha venido postergando sobre un tema que hemos venido administrando con enormes dificultades, pero una sociedad moderna debe planteárselo francamente. Hay distintos modelos que los países del Primer Mundo ensayan y cabe destacar que todos ellos también tuvieron antecedentes de este tipo. Este es un tema que seguramente llevaremos al diálogo social, porque precisamos una mirada de largo aliento al respecto. En la práctica, al día de hoy ambos ministerios hemos venido trabajando, estamos ocupados y preocupados por este tema y estamos empeñados en ser cada vez más eficaces y eficientes para que todos estos establecimientos se encuentren en el radar del Estado, estén supervisados y controlados por él, salgan de la clandestinidad, estén en un plan de mejora y sean monitoreados para que ese plan de mejora funcione. La idea es dar plazos e ir logrando resultados para tener, diría, un panorama con el mayor compromiso posible. Esas son las prioridades sanitarias y sociales que ambos ministerios tienen.

Hecha esta introducción reitero, justamente, que el episodio ocurrido –sin perjuicio de las preguntas que se quieran hacer, y más allá de las informaciones por todos conocidas– está en el ámbito de la Justicia, que es la que va a dirimir en tiempo y forma las responsabilidades que puedan caber.

Dicho esto, si la presidenta lo permite, le cedo la palabra al señor Bango. Me consta que la propia ministra de Desarrollo Social tuvo toda la intención de venir, pero se le presentaron algunas dificultades y delegó su participación en el señor Bango, director del Sistema Nacional Integrado de Cuidados.

SEÑOR BANGO.- Gracias señora presidenta y señores senadores por atender rápidamente nuestra solicitud. Valoramos mucho esta oportunidad.

En primer lugar, es ineludible decir que por las circunstancias en que se da esta reunión, queremos aprovechar al máximo posible la instancia, más allá de la tragedia que la sociedad vivió ayer. Es imperativo, en nombre del Ministerio de Desarrollo Social, por lo menos transmitir el pesar por lo sucedido a las familias y amigos de las personas que perdieron la vida.

A su vez queremos felicitar a los funcionarios del Ministerio de Salud Pública, de ASSE, del Ministerio de Desarrollo Social y también del Sistema Nacional de Emergencias –a través de su cabeza en este departamento, la Intendencia– por la rápida actuación desarrollada frente a la crisis. También queremos agradecer a los vecinos y vecinas que colaboraron, anónima y voluntariamente, en el operativo de rescate de las personas que estaban –por suerte con vida– sufriendo esa situación.

Hoy hablaré en una doble condición. Por un lado, representaré al Ministerio de Desarrollo Social y, por otro, a la secretaría del Sistema Nacional Integrado de Cuidados que se encuentra en su órbita, que tiene como función –otorgada por la Ley n.º 19353– articular y coordinar el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, formado, entre otros, por los ministerios de Salud Pública, de Trabajo y Seguridad Social, de Educación y Cultura, y de Economía y Finanzas, la OPP, el Congreso de Intendentes, ANEP, INAU y BPS, además propio Mides. Es en esa doble responsabilidad que me quiero referir, no tanto a lo sucedido ayer –cuando hubo una actuación que ha sido consignada por los compañeros del Ministerio de Salud Pública; también lo ha refrendado el propio ministro de Salud Pública hace momentos–, sino a lo que se viene haciendo y se hará en el marco del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. El luto del episodio no nos puede hacer perder de vista que, justamente, con mucha crudeza esto nos ratifica un camino que el país tiene que transitar en el cuidado, en este caso, de las personas mayores en situación de dependencia.

No haré referencias de corte teórico acerca de la relevancia del tema; el ministro ya hizo alusión a él en su contextualización y no me parece oportuno reiterarlo ahora. Sí quiero decir que desde el año pasado, cuando comenzamos a trabajar en el marco del sistema de cuidados, el tema de la residencia de larga estadía fue uno de los que se tomaron como prioridades del Plan de Acción 2016 – 2020 del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. En cuanto a la referencia que hacía el señor ministro de Salud Pública a que no les llamamos casas de salud, sino centros o residencias de larga estadía, no obedece a una actitud esnob de poner nombres nuevos. Por el contrario, se trata de identificar con claridad la naturaleza de determinados servicios de cuidados. Los que nos ocupan son servicios de cuidados sociosanitarios porque tienen un componente social y otro sanitario; de cuidados de larga estadía, porque los usuarios reciben ese servicio en forma permanente; en general, viven la última fase de su ciclo vital en esas residencias, por eso la estadía se hace permanente o larga. De ahí, entonces, deriva la definición, o sea, no es meramente una cuestión de decir: «ahora le ponemos otro título».

Ahora bien, a pesar de que la ley consagrada por el Parlamento devuelve la rectoría final de las residencias de larga estadía al Ministerio de Salud Pública, concebimos el trabajo en forma conjunta y articulada en el marco del nuevo sistema, en este caso, entre dos actores fundamentales, que son el ministerio antes mencionado y el de Desarrollo Social, mediante el Instituto Nacional del Adulto Mayor. Precisamente, a mi derecha está su director interino, pues la titular está haciendo uso de su licencia maternal. De modo que los actores que intervienen en la dinámica concreta de la ejecución, en los procesos de control y fiscalización, son, por un lado, del Ministerio de Salud Pública –en tanto autoridad sanitaria– y, por otro, del Ministerio de Desarrollo Social, en los aspectos que hacen a la dimensión social de este servicio de cuidados sociosanitario, que son las casas de larga estadía.

Desde esa perspectiva, entonces, no estamos en cero; no es esta lamentable situación la que nos alerta para comenzar a tomar medidas sobre la situación de las casas o residencias de larga estadía, sino que se empieza a correr el velo a un escenario que antes no era advertido con claridad.

En los dos años que cierran al 15 de diciembre, hicimos 2800 inspecciones a las 1112 residencia registradas a las que aludía el señor ministro. En cada una de esas residencias hicimos por lo menos dos visitas y en las que detectamos que había mayores problemas hicimos dos, tres, cuatro, cinco hasta seis visitas. Dicho sea de paso, la residencia protagonista de los hechos luctuosos de ayer no estaba dentro de las catalogadas como en situación de mayor riesgo. Por tanto, hemos desarrollado un proceso de trabajo intenso en el que hemos compartido información con el Ministerio de Salud Pública, lo que nos ha permitido establecer un plan de fiscalización y, sobre todo, en el marco del plan de mejoras mencionado por el señor ministro, definir un principio, como el de empezar por aquellas situaciones más precarias de modo tal de avanzar poco a poco en una tarea que se tiene que desarrollar en forma constante y sin pausa, pero sistemáticamente. Para ello es necesario destinar muchos recursos humanos, sobre todo en lo que refiere al sistema de información, a efectos de tener no solo una foto, sino la secuencia de determinadas acciones que se adopten con el objetivo de llegar a esas mejoras.

Más del 80 % de los casos son residencias privadas, o sea, emprendimientos con fines de lucro, mientras que el resto son hogares gestionados por asociaciones civiles sin fines de lucro. Asimismo, hay un conjunto menor, formado por hogares estatales, de carácter público, que no están dentro de los 1112 inspeccionados.

Lo que hemos detectado son niveles de criticidad distintos. En los lugares más críticos –lo hemos dicho aquí en el Parlamento y lo ratificamos hoy– teníamos dos opciones: cerrarlos –aunque clausuramos varios; aquí tengo una lista de residencias que se han clausurado en los últimos días y que son aproximadamente nueve– o analizar las razones por las que una familia decide dejar a su familiar allí y ver cómo solucionar el problema. Nuestra estrategia –que puede ser discutible– consiste en hacer los máximos esfuerzos para que antes de clausurar o cerrar una residencia, se establezca un plan de mejoras que permita salir de la situación crítica.

Para poder llevar adelante esto –y ya lo estamos haciendo– estamos realizando algo que mencionó el señor ministro. En la medida en que cambió la normativa y la decisión final sobre la habilitación o no de las residencias de larga estadía la tiene el Ministerio de Salud Pública, un equipo conjunto compuesto por representantes de ese ministerio y del Mides se ha puesto a trabajar en la

nueva reglamentación, que estará pronta en semanas, según nos informan nuestros equipos. Eso terminará de definir el marco final en el que van a estar los parámetros con los cuales vamos a hacer, de aquí en más y en forma conjunta los Ministerios de Salud Pública y de Desarrollo Social, la fiscalización y el control.

Respecto a las residencias que están en el nivel más crítico –que, reitero, las tenemos identificadas–, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Cuidados y a partir de las competencias que tiene cada organismo, vamos a visitarlas y a presentarles un plan de mejoras que entre otras cosas va a contener aspectos de formación de los recursos humanos –en estas residencias de larga estadía hay muy pocos recursos humanos formados–, incluyendo aquellas personas que están encargadas de la gestión de los hogares. No estoy hablando de los directores técnicos, que son los que asumen la responsabilidad sanitaria y que tienen que ser médicos –el ministro de Salud Pública decía que el 83% de estas 1112 residencias cuentan con directores técnicos– sino de los responsables de la gestión del servicio. Al respecto, hemos encontrado que estas personas que están a cargo de la gestión integral del servicio tampoco están formadas para ello. Por lo tanto, también en esos casos hay que hacer un trabajo de formación de gerenciamiento –por decirlo de alguna manera– de estas residencias de larga estadía.

Por otro lado, no podíamos dar formación porque no había una currícula básica definida para los cuidadores en el Uruguay. El año pasado, desde marzo hasta diciembre, los ministerios de Salud Pública, de Trabajo y Seguridad Social, de Educación y Cultura, el BPS, la ANEP, los centros de formación y estudios del INAU y la Secretaría Nacional de Cuidados trabajaron sobre una currícula básica de formación. Eso ya está pronto y fue certificado por UTU, o sea, por el sistema educativo formal. ¿Qué significa esto? Que a partir de ahora todas las personas en el Uruguay que vayan a brindar servicios de cuidados, inevitablemente, van a tener que contar con esa formación básica de 90 horas más una formación en proyecto ocupacional, con lo cual se culmina con una carga horaria final de 152 horas por persona, promedio. Lo cierto es que todos los recursos humanos afectados al cuidado, van a tener que pasar por este nivel de manera de tener un piso básico en la formación.

Con esto me refiero a los asistentes personales que trabajan en domicilio, pero también hago referencia a los cuidadores de las residencias de larga estadía.

El 27 de mayo, en el marco de Sistema Nacional Integrado de Cuidados, vamos a firmar un convenio con el Inefop. Mediante ese convenio comienza a generarse este proceso de atención y formación de los recursos humanos que el país requiere para construir un piso de calidad básico de los servicios, que es una condición *sine qua non*. Obviamente, se realizará de manera gradual y progresiva. Si no tenemos eso, no podemos plantearnos el desafío de la calidad de los servicios.

Entonces, planteamos el plan de mejoras, tener mayor sinergia en los procesos de fiscalización y control, y salir juntos a la cancha –como lo estamos haciendo– para generar un proceso de cambio, yendo de lo más a lo menos crítico. Esa es la meta que pretendemos alcanzar en estos años en que estamos al frente de la gestión. Ese es el papel que juega el sistema de cuidados.

Algunos se habrán preguntado por qué ese sistema ayer no estaba presente. Bueno, en realidad, sí lo estaba a través de los ministerios de Salud Pública y de Desarrollo Social; estuvo trabajando; estuvo presente. Lo que corresponde al Sistema de Cuidados como tal y a su articulación es generar, justamente, los procesos hacia adelante y cada quien, en el marco de sus responsabilidades, se encarga de las situaciones del trabajo particular. Ayer se dio una situación de emergencia, que fue resuelta en la medida de lo posible, con los costos sociales y de vidas que tuvo. Lo importante es quedarnos con la película hacia adelante y ver cuáles son las acciones que ya hemos decidido tomar, ya lo estamos haciendo y se concretan en recursos que se vuelcan a una política de cuidados que está dando sus primeros pasos. Sé que esto ha tenido el respaldo de esta casa, de todos los senadores y de todos los partidos. Por lo tanto, más allá de que somos humanos y podemos equivocarnos en la gestión, sabemos que hay un respaldo del sistema político porque, más allá de las diferencias que tenemos, todos sabemos que este tema es importante y queremos resolverlo de buena fe.

Eso era lo que quería decir, señora presidenta. Este es el encuadre que le damos al trabajo en el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, y estas son las responsabilidades concretas que en este tema asumimos desde el Ministerio de Desarrollo Social a través del Instituto Nacional de las Personas Mayores, encargado de la fiscalización y control de las residencias de larga estadía.

Complementando lo dicho quiero decir que según la información de que disponemos, en esas 1112 residencias viven 14024 personas, y trabajan 5021 personas. Lo digo para que podamos tener la dimensión de lo que va a suponer llevar adelante la política de mejora. En números redondos, tenemos un universo de 14000 personas que viven allí y 5000 trabajadores que prestan ese tipo de cuidados y sobre los que hay que incidir para lograr la mejora de la calidad de los servicios.

SEÑOR DA SILVA.- Agradezco la presencia del señor ministro y del resto del equipo.

Voy a hacer algunos comentarios y también varias preguntas porque, sinceramente, quedé azorado con el diagnóstico que escuché aquí. Se habló de las casas de salud y de los viejitos en el nuevo sistema. Sin embargo, no he escuchado la asunción de responsabilidades por parte de ningún organismo del Estado, ni que se abordara con la debida sensibilidad lo que sucedió ayer. A su vez, he escuchado declaraciones de varios de los integrantes de la delegación que me dejan totalmente asustado.

Soy de los que piensan que en el Estado hay que asumir las responsabilidades. Me refiero a las responsabilidades políticas; las judiciales las va a determinar la justicia. Pero cuando hay una o siete muertes, alguien debe responsabilizarse, levantar la mano.

No sé si es la Dirección Nacional de Bomberos, el Ministerio de Salud Pública, el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, el Mides o quién sea, pero volvemos a una retórica en donde las cosas pasan y, como Poncio Pilato, nos lavamos las manos. No he escuchado que se asuma una sola responsabilidad. He escuchado que justo este tema cayó en la ley de presupuesto y, por tanto, la reglamentación se va a hacer y que el 27 de mayo se va a firmar un convenio y que patatín y patatán. Tengo recuerdos de programas hablando de casas de salud, hogar de ancianos o centros de larga estadía; no es un tema que cayó del cielo y los viejitos, lamentablemente, siguen estando allí.

El señor ministro dice que hay un bajo número de esas 83 casas de salud, de larga estadía, o como se le quiera llamar, que están habilitadas. Quiero saber exactamente cuántas son y las razones por las cuales otras no se han habilitado. Como senador no me sirve el *cariñómetro,* no me sirve el lugar común, no me sirve la articulación, los términos y los nombretes cuando se trata de vidas humanas. No me sirve la excusa de que los organismos del Estado, con el mayor presupuesto de la historia de la República Oriental del Uruguay, vengan al Senado de la República a decirnos que nos falta articulación cuando ayer murieron siete viejitos porque no se tenía una habilitación de bomberos. ¿Queda claro?

Quiero saber cuántas casas de salud son las habilitadas y por qué las otras no se han habilitado; quiero saber cuándo todo lo que el Estado ha contratado va a ir a habilitarlas o clausurarlas. ¿O vamos a esperar que ocurra otra desgracia para venir a hablar de la articulación y la mar en coche?

En Argentina cuando pasan estas cosas, ya vemos lo que sucede. Ante las muertes ocurridas alguien se tiene que hacer responsable. Aclaro que no estoy adjudicando la responsabilidad a ninguno de ustedes, simplemente digo que me azora el hecho de que frente a la gravedad –la sociedad está pasmada por lo que pasó–, empecemos con internas de los organismos del Estado que, sinceramente, no me interesan. Quiero ver resultados y que las muertes se eviten.

Por tanto, quiero saber cuántas casas de salud son y por qué no están habilitadas. Y «de paso cañazo», le quiero hacer una pregunta al señor ministro de Salud Pública para evitar, hoy o mañana, una desgracia similar en otros lugares donde él es la autoridad máxima. Específicamente quiero saber si los hospitales públicos, Pasteur, Maciel, de Clínicas, Pereira Rossell, como también los del interior del país, tienen la habilitación de bomberos. Y, en caso contrario, ¿por qué se permite que sigan funcionando?

SEÑORA PRESIDENTA.- Les solicito que concreten las preguntas en un tono, por lo menos, afable, que es el que venimos desarrollando en la comisión y no generar intencionalidades.

SEÑORA PESCE.- Quiero agradecer al señor ministro de Salud Pública su concurrencia, como también a las autoridades de los dos ministerios. Además, quiero reconocer que ante cualquier situación de emergencia que se plantea en el país, referida a la salud de la población, el ministro Basso es el primero en presentarse ante la sociedad y los legisladores, dando la cara, participando de lo que está sucediendo, dando su opinión y abriendo el debate sobre los temas que nos conciernen. En forma personal valoro este hecho y se lo agradezco al ministro, esperando que continúe de esa manera.

Este no es un tema nuevo para mí; desde el año pasado he venido trabajando en él y siguiendo atentamente las declaraciones de los directores del Mides, del director Bango y de la directora que, felizmente, ha sido mamá, lo digo porque la última vez que la vi estaba a punto de serlo. En fin, he venido siguiendo todas las declaraciones con gran preocupación porque esta es una tragedia que ha traído al medio público –a la población y a los legisladores–, la discusión sobre el tema, poniéndola sobre el tapete. Vuelvo a decir que este no es un tema nuevo y que a nosotros, en forma particular, nos venía preocupando desde el año pasado.

A efectos de que todos tomen conocimiento, quiero decir que en noviembre de 2015 formulamos al Mides, no un extenso pero sí un muy importante pedido de informes en el que se contemplaron algunas de las preguntas que hizo el señor senador. Seguimos esperando respuesta, lamentablemente. Tengo copia y el recibo correspondiente: reitero que es de noviembre de 2015. Es más, muchas de las cosas que aquí se están volcando como generalidades, pedíamos que se nos especificaran con más datos y números; de todas maneras, seguimos esperando que se nos responda a la brevedad.

Para redondear y hacer algunas preguntas específicas –porque esto no está en el pedido de informes–, me gustaría saber dónde se solicitan hoy las habilitaciones de las casas de larga estancia y dónde están publicadas las normas que las rigen.

Por otro lado –abordando ya otro aspecto totalmente diferente–, quisiera saber cuál de los dos ministerios sería, en este momento y bajo esta normativa, el encargado de controlar las condiciones edilicias. Dado que soy arquitecta, quizá mi profesión me lleve a pensar un poquito diferente al doctor Basso, pues considero que las condiciones edilicias son fundamentales en el tratamiento y en el alojamiento de las personas con discapacidad. Conviene aclarar que estamos hablando de personas de ochenta a noventa años –para mí, los mayores de sesenta y cinco años tienen el título de adultos mayores en forma equivocada– como las que se encontraban ayer alojadas en esta casa de larga estancia. En ese caso, creo que las condiciones edilicias son fundamentales porque no se puede ubicar a ancianos que no tengan fácil movilidad en lugares donde haya dos plantas, sin rampas ni facilidad de evacuación ante un siniestro como el lamentablemente acaecido ayer, donde no exista adecuada calefacción, donde haya humedades y donde no se cuente con el número de servicios higiénicos necesarios para que pueden ser atendidos.

En fin, considero que las condiciones edilicias son absolutamente fundamentales para la habilitación de los centros de larga estadía. De ahí, pues, que me interese concretamente saber quién se ocupa del control de esas habilitaciones o, por lo menos, de la normativa, y quién decide en qué casos deben, o no, clausurarse los establecimientos por esas condiciones.

Con respecto a los establecimientos, en el pedido de informes se encuentra la larga lista de mis preocupaciones.

Asimismo, quiero preguntar si esta mínima formación de noventa horas ha sido determinada así por una emergencia, por una necesidad o porque se piensa que en ese tiempo se puede lograr una formación suficiente como para brindar una atención adecuada a los adultos mayores. Sé que esa formación se da por Inefop pero me parece que, a lo mejor, noventa horas no le da el título a nadie porque, a veces, ese tiempo apenas nos da para leer un libro. Por eso quiero saber cuáles fueron los criterios en base a los cuales se determinó esa cantidad de horas, además de las otras 150 que, por lo

que entiendo, van a ser cumplidas una vez que se esté atendiendo a los adultos mayores, o sea que ya las considero como una pasantía.

Además, quisiera disponer de un currículo algo más detallado, lo que se dijo que se podía hacer si nosotros lo necesitábamos.

Voy a hacer estas pocas preguntas ahora pero eso no quiere decir que sean las únicas que tengo para formular; por el contrario, tengo muchísimas más pero no quiero acaparar todo el tiempo porque, de ser así, la señora presidenta me va a rezongar.

Muchas gracias.

SEÑOR AGAZZI.- Me sumo, señora presidenta, al reconocimiento a quienes hoy nos visitan por venir presurosos a dar la información posible en un momento tan triste para nuestra sociedad. Me llamó la atención el hecho de que vinieran tan rápido porque, con los hechos en desarrollo, seguramente hay muchas cosas que todavía no se saben y que se deben acomodar antes de hablar seriamente. No obstante, más allá de la precisión que se pueda tener en este momento, reconozco la actitud de dar la cara, brindar la información posible y hacer frente a la situación, inclusive a las críticas que se les pueda hacer, como se ha manifestado aquí.

Quiero decir que en la Comisión de Salud Pública nunca se había planteado este tema, sino que lo planteó la realidad, la tragedia. El único que ha planteado esto en el país como tema de debate político es el doctor Tabaré Vázquez en la campaña electoral, quien nos insistió a todos en el sentido de incluir el Sistema Nacional Integrado de Cuidados de punta a punta, ya que este es un problema de la estructura de nuestra sociedad y hay que jerarquizarlo y darle la importancia que tiene. No tuvo mucha discusión pública este tema, pero cuando viene la tragedia todos nos acordamos de él.

Tengo una vinculación personal con el tema porque tuve que internar a mi madre en un residencial y también tuve que conseguir uno para mi hermana; ambas fallecieron en esos lugares. Así que en los últimos dos años anduve recorriendo muchas de estas casas y sé lo que es eso, lo conozco prácticamente. Quizás no esté hablando como representante de un partido político sino por la sensibilidad personal que tengo por el tema en este momento. Hay de todo, y aprendí que lo primero que se debe hacer cuando uno llega a una de estas casas, es pararse en la puerta y respirar hondo, para ver qué es lo que se respira desde adentro.

Se nos ha hablado de lo que va a suceder, pero preguntaría a quienes hoy nos visitan si la idea de esto que se ha hecho por decreto –que siempre va solucionando problemas a medida que se presentan– apunta a tener una ley orgánica que trate este asunto, porque lo que he visto es que hay situaciones muy diferentes. Estoy hablando, por ejemplo, de personas mayores que no tienen familia pero son autoválidas y que tienen que estar en un residencial porque no pueden vivir solas. Inclusive sé de personas –las he conocido– que tienen muy buenos ingresos y que viven en un residencial por su decisión personal. Allí viven muy bien porque se pueden mover, tomar un taxi, ir a visitar a sus familias y después volver al residencial. Casi que es un lugar de vivienda para algunas personas, pero hay otras que tienen necesidad de vivir en un residencial porque no son autoválidas y requieren una asistencia permanente. En muchos de estos residenciales, el componente médico se debe exclusivamente a que se trata personas de edad que, normalmente, están controladas por un sistema médico, están medicadas y necesitan un cierto control. En otras situaciones, precisan una atención médica permanente porque no puede estar en una familia una persona que tiene enfermedades de tal gravedad que distorsionan todo su funcionamiento, sino que deben estar en un lugar especializado donde la atienda gente que está formada para estas cuestiones. Estamos hablando de situaciones muy distintas. Si hubiera una ley sobre todo esto, me parece que debería dar cuenta de los distintos capítulos que tiene el tema. Quizás, en este momento esto esté muy verde pero me parece que, por lo que han dicho quienes hoy nos visitan, de futuro, el Uruguay lo precisa.

Por mi parte, en lo relativo a la construcción de estos sistemas, no creo en la instantaneidad porque tengo en cuenta de qué país venimos y sé cómo se desarrolló esta situación en los últimos veinte años. Por lo tanto, soy consciente de que en la construcción de algo como esto cabe el concepto de proceso. Ahora se sabe cuántos establecimientos hay, a cuántas personas se aloja y el número de

funcionarios que trabajan en ellas, pero hace poco tiempo no se tenía ni idea al respecto. Está claro que el mercado no arregla esto y que el Estado tiene que velar por la gente indefensa que precisa el apoyo del conjunto de la sociedad.

Se habla de que se produjo una tragedia y de una emergencia. Vengo pensando en esto –y lo he planteado en más de un lugar– a raíz de lo que sucedió en Dolores, y creo que deberíamos descartar el concepto de emergencia porque eso uno lo constata después que pasan las cosas, y en realidad, hay que preocuparse antes de que sucedan. Entonces, me parece que en el tratamiento de estos temas hay que aplicar el concepto de gestión de riesgo: gestión de riesgo edilicio, sanitario, etcétera. Cuando se implementen esas estructuras tendrá que haber un protocolo que pueda medir los distintos factores de riesgo, como forma de prevenir las consecuencias negativas que puedan darse. Creo que esto es válido para toda la sociedad porque ahora podemos discutirlo y hay herramientas para poder medirlo. Además, me parece que también habría que medirlo en las inversiones y en la economía porque todas las cosas siempre tienen un riesgo y este se puede medir. En consecuencia, al medir el riesgo, se puede prevenir mejor.

Después de esta cuestión, que es un poco más filosófica –y quizás este no es el ámbito para plantearla–, quisiera preguntar cómo se ubica en todo esto el Hospital Piñeiro del Campo. Está en mi barrio, lo he visitado y los funcionarios me rezongaron porque nosotros le decíamos el asilo. Creo que es un centro en el que viven ciudadanos que están en esta circunstancia, donde trabaja un puñado de funcionarios a los que hay que hacer un monumento porque quieren a la gente, aman su trabajo y mantienen el lugar. En los últimos tiempos lo han recuperado mucho, está muy lindo, pero es un tipo de establecimiento dentro de los muchos que quizás va a haber y me gustaría saber qué perspectiva hay con respecto a él porque allí hay una gran cantidad de gente que necesita ser mejor atendida.

Por otro lado, el señor ministro decía que como hay una investigación en la Justicia no se pueden dar muchos datos de lo que sucedió. De todos modos, quisiera saber si en este caso hubo un accidente o no, porque si lo hubo, es algo que puede sucedernos a nosotros ahora o en la casa de cualquiera. Se habla mucho de la habilitación de los bomberos pero si se prende fuego un colchón por la impericia de una persona que tiene una estufa mal enchufada, el permiso de bomberos no tiene nada que ver. En definitiva, me gustaría saber si en este caso hubo un accidente, aunque no sé si se puede decir o si ya se ha determinado. Aprovechemos una situación trágica para aprender y sacar conclusiones que nos permitan hacer mejor las cosas.

SEÑOR BANGO.- Para continuar con el tema de las inspecciones realizadas, podemos informar que se hicieron 2.831 y que algunas dieron lugar a procesos sancionatorios. En este período la cantidad de sanciones aplicadas –nosotros tenemos una distinción por departamentos– fue de 76; hubo 53 apercibimientos, en 27 oportunidades se suspendieron las actividades y se procedió a la clausura definitiva en 9 situaciones. Aprovecho la ocasión para pedir disculpas a la señora senadora por no haber recibido en tiempo y forma la información solicitada, a pesar de que es costumbre del Ministerio de Desarrollo Social responder lo más rápido posible. Lo vamos a chequear y asumo la responsabilidad de que reciba la información a la brevedad.

Con respecto a la estrategia de formación, me permito discrepar con la señora senadora. La formación en materia de contenidos básicos de lo que hace un cuidador es de 90 horas. El plan de estudios es de 152 horas; antes se daban formaciones muy heterogéneas que, en general, tenían una carga de 30 horas. Hablamos de estrategia de formación porque el concepto es construir un piso básico en la formación de los recursos humanos para ir ascendiendo. Esto fue discutido por especialistas, pedagogos y gente de la educación, quienes llegaron a esa conclusión, porque hay que tener en cuenta cuál es la tipología de las personas que hoy cuidan en el Uruguay. En el 90% de los casos, las personas que cuidan son mujeres, en general mayores de 45 años, con una formación educativa básica de primaria completa o incompleta. La cuestión es manejar adecuadamente la tensión para que no se caiga la persona durante el proceso de formación. Por lo tanto, la estrategia es ir escalonando la formación e ir subiendo el piso de la calidad de la formación. Eso sí, nosotros vamos a certificar, a través del sistema educativo formal, que las personas que pasen por estos cursos tienen las condiciones para brindar un cuidado de calidad a las personas cuidadas, cosa que hasta hoy no se puede asegurar en el Uruguay.

Ahora bien, el Inefop no va a formar, sino que va a licitar la formación, que dividimos en dos bloques: la de los técnicos que van a trabajar en primera infancia –hoy no estamos hablando de eso por razones obvias– y la de quienes van a trabajar con personas en situación de dependencia, entre las que se encuentran quienes reciben cuidados en las residencias de larga estadía. En cuanto a este segundo aspecto, como dije, el Inefop va a llamar a licitación a entidades de capacitación, que van a ser las encargadas de la formación. Hace una semana el Poder Ejecutivo emitió un decreto –en el cual estuvimos trabajando todos en el Sistema– por el cual el Ministerio de Educación y Cultura va a hacer la validación de las entidades de capacitación que van a estar habilitadas o no para dar estos cursos, y vamos a pedir determinadas condiciones a las instituciones que den los cursos para que puedan hacerlo correctamente. Además se va a desarrollar un proceso de validación para las personas que ya tuvieron algún curso, por alguna vía, de los que había en Uruguay, que eran muy distintos, muy heterogéneos; no había una norma común para hacer una validación parcial o total de esos conocimientos. Las personas que tengan que completar conocimientos de acuerdo a este nuevo plan de estudios van a tener un año y medio para desarrollar los cursos correspondientes, de modo que no pierdan sus trabajos. Todo esto es un proceso, como decía el señor senador Agazzi. Me encantaría exigir el bachillerato finalizado y dictar 600 horas de cursos, como se hace en España, pero no olvidemos que partimos de una situación en que no había una estructura de formación de recursos humanos en el país. Tenemos que adecuarnos a la realidad del país y ponernos metas de calidad creciente; ese es el punto de arranque, pero tengan la certeza de que hay un respaldo institucional para que quienes van a ser cuidados tengan la seguridad de que contarán con una persona que estará en condiciones de desempeñar esa tarea.

Con mucho gusto voy a dejar este documento que contiene el detalle de todos los módulos para que puedan justipreciar mejor –aclaro que no soy especialista en el tema– el tema del que estamos hablando. Ha sido fruto de un gran esfuerzo, de diez meses de trabajo con mucha discusión para ver hasta dónde podíamos llegar; una vez establecido ese piso común, que lamentablemente no existía en Uruguay, podremos seguir hacia adelante.

SEÑOR MINISTRO.- Voy a hacer referencia a algunas de las preguntas que se plantearon, estableciendo que el procedimiento de habilitación es complejo ya que determina la presentación de documentación, de un conjunto de aspectos que tienen que ver no solo con los temas clásicos vinculados a la estructura, al funcionamiento, a la dotación y su acondicionamiento, sino también con aspectos jurídico–legales que se relacionan con las responsabilidades, con la presentación de la dirección técnica, con la autorización de bomberos, etcétera. En definitiva, hay una serie de requisitos que ese procedimiento establece. Además, hay que tener en cuenta que toda esa documentación no es válida de por vida, sino que debe ser periódicamente renovada. Para que se hagan una idea, en los últimos tiempos –de acuerdo con la información que nos suministró el Ministerio de Desarrollo Social– cayeron más de cien habilitaciones, simplemente por el hecho de que vencen a los cinco años y hay que volver a buscar la información. Inclusive, algunas de ellas tienen que ver con cambio de titularidad, con mudanzas o con determinadas modificaciones estructurales, por lo que implican costos y tiempos que los distintos responsables tienen que asumir. De acuerdo con las cifras de que disponemos, son muy pocas las habilitaciones que existen actualmente, lo que no quiere decir que esas cien que cayeron estén en trámite de habilitación; de todas formas, estamos hablando de menos de un centenar de casas que están habilitadas. Reitero que algunas de ellas están en este trámite porque su habilitación cayó y otras se encuentran en un proceso de mejora como el que mencionamos al comienzo del relato.

Me gustaría hacer algún comentario con respecto a un tema muy complejo y difícil, como es la habilitación de bomberos. Es un problema que no se reduce a este tipo de residencias, de centros de larga estadía o al sector salud; es un tema que tenemos en buena parte del Estado, porque hay muchos establecimientos que están en proceso de habilitación por parte de bomberos, pero que no la han culminado. Seguramente hay muchas razones para ello; es un tema que permanentemente merece discusión e, inclusive, sabemos del enorme esfuerzo que hace el Ministerio del Interior para bajar los costos. Hay que tener en cuenta que hay un componente significativo de costos en cualquiera de estas habilitaciones. Realmente, el gran desafío es ver cómo se generan las condiciones para disminuir los riesgos frente a eventos o siniestros que se puedan dar mientras se procesa esa habilitación.

Con respecto a ASSE, debo decir que después de la situación generada con aquella problemática vinculada a los enfermeros –que todos recordaremos–, esa administración inició un proceso de regularización de infraestructura, jerarquizando las estructuras de primer nivel y los bloques quirúrgicos, con el desafío de que cada una de las mejoras que se va haciendo debe cumplir con la normativa para su eventual habilitación por parte de bomberos. Como saben los señores senadores, lo exigible por el cuerpo de bomberos es un plano que prevea, entre otros, un conjunto de circunstancias adecuadas a los efectos de evitar o de disminuir los riesgos de incendio. Por lo tanto, las obras con muchos años son muy difíciles de adecuar a esa normativa y el Estado aprovecha, cada vez que hace modificaciones y mejoras, para ir progresivamente ajustando esas estructuras a lo exigido por las disposiciones. Es un desafío, sobre todo para estructuras grandes en las que, de alguna manera, los responsables van haciendo mejoras parciales para acondicionar sus locales. Esto lo conocemos bien porque en múltiples organismos del Estado es un desafío de primer orden. Es más, cada vez que se hace una obra, debe estar en consonancia no solo con las mejoras edilicias necesarias, sino que tiene que ser adecuada a la normativa exigible finalmente para la habilitación. Tenemos entonces un problema de carácter estructural dentro del Estado vinculado a cómo desarrollamos una política de gestión de riesgos, a la vez que progresivamente vamos adecuando las instalaciones a los desafíos exigibles por la normativa vigente.

Quiero hacer referencia al desafío en cuanto a este tipo de estructuras sociosanitarias y a cómo, de alguna manera, vamos contemplando las condiciones básicas desde el punto de vista edilicio para superar barreras arquitectónicas y asegurar la accesibilidad –sobre todo a las personas que, además de su edad, no son autoválidas– y el cuidado propiamente dicho, con la experticia del personal que trabaja en estas instituciones para la humanización del cuidado.

Entiendo que es imperioso mejorar las condiciones edilicias, aun en los hogares humildes y modestos. A veces con pequeñas cosas se pueden mejorar: por ejemplo, si hay instalaciones que están en un primer piso, que no se aloje allí a personas con discapacidades físicas, de tal manera que no queden postradas en cama y puedan tener una movilización básica.

Sí es importante mencionar –y este es el gran desafío, como pasa con cualquier estructura que se extiende en el tiempo– cómo se logra sostener la principalidad del cuidado humanitario: con el cariño básico que se debe tener cuando se trabaja en estos temas, que no se resuelve exclusivamente cumpliendo normativas, aunque ellas se deben cumplir. Esa combinación es un fenómeno bien complejo para quienes trabajan con personas discapacitadas, añosas y vulnerables. Es un verdadero desafío porque se requiere una especial sensibilidad y una continuidad para incorporar el adiestramiento adecuado para la movilización de pacientes y para pequeñas señales que demuestren, de alguna manera, que la principalidad es la persona que está residiendo. Esa es la principalidad. A veces eso se logra en situaciones muy precarias y no siempre con instalaciones muy sofisticadas. Pero ello no significa una contradicción, sino que, en realidad, tenemos que conseguir una verdadera síntesis y tratar de que las personas que se ocupen de estas actividades estén motivadas, prioricen su condición de prestadores de servicios y reciban una especial capacitación, pues hay objetivos que no se alcanzan solo con la mejor intención del mundo.

Con respecto al centro Piñeyro del Campo, debo señalar que tiene una población estable distribuida en distintos pabellones en los que hay algo más de doscientas personas instaladas; que ASSE en los últimos días incorporó más de cuarenta funcionarios que se suman al trabajo de algunos de los pabellones más complejos, donde se atiende a personas en situaciones de mayor vulnerabilidad; que en estos días se inaugura la unidad de corta estadía, lo que configurará un fenómeno muy importante pues tiene que ver con la posibilidad de que en estas instalaciones y con estas estructuras se logre combinar el trabajo con personas en internación permanente y aquellas que son atendidas por períodos más breves.

Asimismo, se está haciendo una inversión importante en cuanto a calefacción a efectos de cumplir con la norma de disminución de riesgos y accidentes relacionados con la instalación de los nuevos elementos que se incorporen.

SEÑORA ALONSO.- Agradezco especialmente la oportunidad de poder participar en esta Comisión de Salud Pública y me sumo a las palabras de reconocimiento a la delegación que nos acompaña, en

particular al señor ministro, quien sabe el respeto que le tengo; más allá de formar parte de la oposición, trabajamos juntos y soy consciente de su responsabilidad.

Ahora bien, quiero dejar constancia del dolor que, por cierto, todos compartimos: de un lado y del otro todos tenemos el mismo sentimiento. A todos nos duele; a todos nos da bronca; a todos nos genera impotencia. Acá no existe eso de que de un lado tenemos más bronca que del otro o de un lado somos más hinchada que del otro. Por el contrario, todos perdemos. Nadie está libre. Esos siete hombres y mujeres podrían haber sido mi madre, mi abuela, mi tía; la mamá o la hermana del señor senador Agazzi. Por lo tanto, debemos mirar este asunto seriamente y no utilizarlo políticamente, pues ello haría daño a todo el sistema político.

Por otra parte, tengo algunas coincidencias y algunas diferencias con los planteos que se han hecho. No obstante, antes que nada quiero señalar que desde nuestro lugar estamos para colaborar, ayudar y, en la medida de lo posible, proponer. Así lo hicimos cuando compareció el hoy director del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, el sociólogo Julio Bango, con quien compartimos el trabajo en esta casa como legisladores; un muy buen legislador.

Coincido con el señor senador Agazzi cuando dice que el presidente Vázquez puso como buque insignia al Sistema Nacional Integrado de Cuidados; es verdad. Tanto coincidí que en esta casa lo aprobamos por la unanimidad de los partidos políticos. Incluso, tan defensores fuimos –el director Bango puede dar fe de ello– que defendimos el presupuesto de este sistema más que la bancada oficialista, que pretendía recortar los recursos. Nosotros fuimos los primeros que levantamos la voz cuando se pretendió hacer ese recorte. Creemos mucho en el Sistema Nacional Integrado de Cuidados porque pensamos que es bueno tener una red de protección social bien entendida. Muchas veces aquí se habla en gerundio y se dice «estamos trabajando» o «estamos haciendo»; no lo pongo en duda y tampoco pongo en duda las buenas intenciones. El problema es que este gobierno no arrancó hace un año; este gobierno hace casi once años tiene al frente a la misma fuerza política. De modo que desde hace once años tienen las herramientas y hoy no nos pueden decir que están controlando los hogares para ancianos, los residenciales, los hogares de larga estadía o el nombre que le queramos adjudicar. Son los mismos lugares que están allí y que además siguen creciendo porque, como se decía muy bien, los «viejos» en nuestro país siguen aumentando ya que la expectativa de vida continúa aumentando. Tenemos que buscar mecanismos de protección en este tema.

Ahora bien; cuando vinieron del Mides a plantear la ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, el señor Bango dijo en aquel momento que tenían el enorme desafío en cuanto a que esa Cartera cumpliera con su función «de hacer la fiscalización sanitaria de estas residencias. En estos momentos, tendríamos que cerrar un tercio de los centros residenciales que existen en todo el país y no lo vamos a hacer porque el Uruguay no tendría condiciones de poner a esas personas en otro lugar». Con el respeto que esto me merece, digo que esa no es la justificación porque si no sucede lo que terminó pasando. Más allá de los cierres o de las clausuras, tenemos lugares que no deberían estar abiertos. Como gobierno, como país y como sociedad tenemos que procurar que estén en condiciones aceptables. El propio director del Sistema Nacional Integrado de Cuidados reconoce que después de once años no estamos en una buena situación. No estoy hablando de responsabilidades porque, como bien se decía acá, el 80% de estos hogares pertenecen a organizaciones privadas, pero hay una corresponsabilidad. Quizás muchas de las preguntas que nos hacemos no tengan respuestas, pero existe un Instituto Nacional del Adulto Mayor que no se sabe qué trabajo hizo y no precisamente en los últimos meses. Recuerdo que cuando vino Julio Bango decía que más allá de no tener ley, ellos estaban trabajando. ¿Qué se hizo desde noviembre de 2015 hasta la fecha con respecto a este tema? ¿Qué se hizo antes, cuando estaba el director anterior de Políticas Sociales, Andrés Scagliola, quien decía justamente que este era un tema central? Recuerdo incluso declaraciones del exdirector de Políticas Sociales en referencia al Instituto Nacional del Adulto Mayor. ¿Qué hemos hecho hasta ahora? ¿Cuál fue el plan hasta ahora?

He visto algunos pedidos de informes, en particular, el que le han respondido al diputado Martín Lema. Allí, una de las respuestas que daba el Mides es que hay 180 hogares que están en condiciones deficitarias. Esos son los datos brindados por el Ministerio de Desarrollo Social en respuesta a este pedido de informes. Entre otros, el hogar del que hablamos no tenía la habilitación correspondiente, pero ese es otro tema. Yo no quiero detenerme en el tema concreto, sino que pienso que debemos dar el debate de fondo. Sin embargo, ese debate de fondo no puede darse cada vez que

tenemos una situación como esta. Planteo esto porque lo mismo sucedió cuando en el hogar Santa María, en Salto, falleció una señora. Y así vamos, de hecho doloroso a hecho doloroso. Luego parece que lo corremos a un costado porque es un tema muy importante, pero no es urgente.

Nosotros creemos que este es un tema en el que tenemos que sentarnos y dar el debate, pero debemos hacerlo no solamente cuando necesitamos crear una ley. Y en este sentido quiero decir que no coincido con el señor senador Agazzi en lo que tiene que ver con crear una nueva ley porque estamos llenos de leyes. El problema es que la ley debe cumplirse. Si hay leyes o decretos, tienen que cumplirse porque, si no, terminan siendo letra muerta, que es lo que sucede habitualmente. Ese es un problema estructural.

Discúlpenme que quizás me esté desahogando en esta comisión, pero este es un problema estructural que tenemos. No estoy culpando a un gobierno o a otro. Este es un problema que está instalado en nuestra sociedad y que tiene que ver con el control, la fiscalización y la sanción, en este tema y en muchos otros; acá debemos asumir una responsabilidad y decir –de este lado también– si se hacen o no los controles necesarios y la fiscalización. Pueden darme los papeles y podemos mirar los números, pero todos sabemos que detrás de esos números hay muchísimas cosas que no estamos haciendo de la forma en que deberíamos. Y lo digo en plural; tenemos que asumir que eso no lo estamos haciendo como sociedad.

Tendría muchas preguntas para formular, pero lo que quiero aquí es asumir y que se asuma el compromiso después de tantos años. Podemos decir que antes no había, podemos echar la culpa a los gobiernos de la oposición, al gobierno del Partido Nacional y del Partido Colorado. Podemos entrar en una discusión sobre si se hacía o no, si había controles, si había censos, si sabíamos cuántos hogares había. Podemos dar una discusión que no nos lleva a ningún lado.

Lo que quiero saber es, en estos once años y los que tenemos por delante, cuál es el compromiso que vamos a asumir con respecto a una de las poblaciones más vulnerables que tenemos y que vamos a seguir teniéndola porque esta sociedad, demográficamente hablando, no va a cambiar.

Simplemente, quisiera dejar una constancia que tiene que ver con una pregunta. No me queda muy claro cómo se instrumenta ese control, más allá de que lo he escuchado por parte del señor ministro. No me queda clara la forma en que ambas carteras controlan. A veces pasa que cuando controlan dos, no controla ninguno. Más allá de que esta es una cuestión sociosanitaria, no me queda muy claro quién asume la responsabilidad clara y definitiva en este tema.

Por otra parte, y tomando en cuenta lo que decía la doctora Graciela Acosta, presidenta de la Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatría, cuando se dio el cambio en la fiscalización de los residenciales, ella advertía que no era la mejor decisión. Decía que ellos no estuvieron a favor del cambio que determinó el control por parte del Ministerio de Desarrollo Social. Lo que planteó en aquel momento fue que les parecía que los residenciales, si bien son centros sociales, más que nada son biomédicos. Eso quiere decir que lo referente a lo médico es mucho más importante que lo otro, más allá de que hay un control mixto, compartido o una responsabilidad de ambos ministerios. La doctora Acosta decía que, por un lado está el Ministerio de Salud Pública y, por otro, el Ministerio de Desarrollo Social como en compartimentos estancos. Y esa interinstitucionalidad, esa coordinación no se da en los hechos concretos.Se puede dar acá, en las palabras, en los papeles, pero no en los hechos concretos. Uno pasa la responsabilidad al otro y, en definitiva, queda hueco ese espacio del control necesario y urgente que se debe tener. Entonces, desde la Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatría se entendía que habían quedado por fuera de este tema, cuando es la única que reúne a todos los geriatras del país. Por otra parte, la doctora decía que ahora no están teniendo en cuenta a estos profesionales, que los dejaron por fuera, y que creen que hay mucho para aportar y mejorar en el tema. Hago mención a este hecho porque considero que es un activo importante que no sé cómo se está articulando. Por tanto, me gustaría saber cómo lo están manejando o cómo lo piensan instrumentar en ese futuro plan que se mencionó hace unos instantes. Me hubiera gustado que el plan ya estuviera funcionando, pero también no me queda claro cuál sería. Esperemos que el plan al que hizo referencia el sociólogo Bango definitivamente sea efectivo.

Vuelvo a decir: todos hubiéramos querido que esto no ocurriera. Trabajemos para evitar hechos tristes y dolorosos en el futuro porque esto lo necesitamos todos como sociedad.

SEÑOR CARÁMBULA.- En primer lugar, me parece muy importante que el Ministerio de Salud Pública y el director del Sistema Nacional Integrado de Cuidados estén esta tarde acá. Esto habla de una primera respuesta a lo que aquí se ha planteado. En realidad, mi intervención tiene que ver con que no podemos dejar de decir que el Ministerio de Salud Pública y el Mides, a través del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, vienen a dar la cara y a hacerse cargo ante una situación que, naturalmente, como bien decía la senadora Alonso, a todos nos duele muchísimo. Cualquier vida que se pierde en el país, por cualquier circunstancia, nos duele cuando es evitable. Entonces, partimos de la base de que sin que mediara una solicitud de la comisión, el Ministerio de Salud Pública, responsable de los cuidados de los adultos mayores, se presenta y nos plantea su opinión. Eso nos parece sumamente importante y corresponde a la responsabilidad pública. Cuando uno está en la gestión pública, cualquiera sea la tarea, hacerse cargo rápidamente, dando los elementos y la información en torno a estos temas, nos parece que es la mejor respuesta.

En segundo término, me hago cargo de los planteos que se han hecho porque van en el sentido de contribuir en la construcción colectiva.

El tema del adulto mayor es, sin duda, de toda la sociedad, tal como planteó el señor ministro. Cuando hablamos de la población que está en casas de salud, hogares de ancianos o centros sociosanitarios, estamos refiriéndonos a 14.000 personas. Los adultos mayores de 65 años representan apenas el 3%. Es decir, estamos hablando de algo que nos preocupa muchísimo, pero el grueso del problema está en todos los desafíos que tenemos en general con respecto a la atención de los adultos mayores. Me hago cargo de las preguntas que se hacen aquí acerca de qué se ha hecho al respecto en estos años. Lo primero, y lo más importante, es que este año se completa la cobertura universal de atención de la salud del adulto mayor. Este año, más de 80.000 personas van a estar dentro del sistema nacional de salud. El tema no es entrar a considerar la década del 90 o la del 2000 y los problemas que teníamos en cada una de esas circunstancias en cuanto a cobertura o realidades de mortalidad. No entro en ese tema, sino que en estos diez años, todos los adultos mayores tienen cobertura universal.

Cuando se nos pregunta cuál es el plan, respondemos lo siguiente. El haber votado –yo también hice acuerdo en ese sentido– un sistema nacional de cuidados, que contó con el apoyo de todas las fuerzas políticas, es el plan central. Entonces, diría que el foco está puesto en lo que es la primera infancia, la otra población vulnerable –dicho sea de paso, en este país, la mortalidad infantil bajó como nunca–, en las personas con discapacidad y en el adulto mayor. Esto es parte del plan, de un plan al que este Parlamento le votó los recursos y, justamente, este año los pone en marcha. Es un plan en ejecución.

Me parece muy importante todo lo que hemos escuchado. Las preguntas finales que haré tienen que ver con dos puntos centrales que fueron planteados por el señor ministro y por el responsable del sistema nacional de cuidados.

Con respecto a los centros de salud u hogares de ancianos, distinguimos entre un 80 % de instituciones privadas y un 20 % de instituciones sin fines de lucro. Una encuesta realizada en 2013, vinculada a las instituciones sin fines de lucro, demuestra que el principal tema que se plantea allí apunta a lo que señalaba el señor ministro, esto es, al cuidado y la asistencia directa en relación con el paciente, el anciano o el adulto mayor que está internado. O sea que tiene que ver con la calidad humana de la asistencia. En este sentido, debo decir que me pareció muy fundado el planteo realizado por la señora senadora Pesce.

Todos sabemos que en una rehabilitación, cualquiera sea la patología, lo primero es el afecto, el cuidado, la cercanía, y no hay duda de que las condiciones ambientales, arquitectónicas, de diseño y de accesibilidad, juegan un rol muy importante. El 40 % de los problemas que se plantean en estos hogares sin fines de lucro son de carácter estructural o arquitectónico.

Entonces, cuando el señor ministro nos plantea que se comenzó con un plan de control y de mejora en la gestión, está demostrando que es un ministerio que se hace cargo de esta responsabilidad. Con toda claridad expresa que se comenzó con el registro, con el control y un plan de mejoras en lo que hace a la asistencia de cercanía o la asistencia de las personas y, junto con ello, todo lo que tiene que ver con la rehabilitación desde el punto de vista arquitectónico.

Cuando se nos pregunta cuál es el plan, respondemos que, justamente, el plan es la formación de los cuidadores como primer gran desafío que tenemos. Esta es la respuesta que se nos ha dado en forma muy concreta. Este partido se juega, sin duda, con la sociedad en su conjunto.

Es más, la misma encuesta plantea cuántos de los familiares van a visitar a sus familiares internados, y las cifras son realmente llamativas, por ponerles un calificativo. ¡Si será responsabilidad de la sociedad en su conjunto el tema del adulto mayor, de ese 97 % que está en la sociedad y el 3 % que está en los hogares de ancianos y que hacen a catorce mil personas!

Considero fundamental lo planteado por el director Bango en el sentido de que el tema central pase por la formación en cuidados. Ahora bien, ¿alcanza con esto? Este es el primer paso de un personal al que, ante todo, se le brindará capacitación en servicios básicos, pero fundamentalmente en la atención cercana al anciano o adulto mayor internado.

Sin duda que a todos nos conmueve esta circunstancia particular. Uno entiende que la oposición plantee este tema con firmeza y crudeza pero, al mismo tiempo –y me parece bien lo que aporta la señora senadora Alonso–, si no tenemos un pensamiento colectivo de construcción y de respuestas a la globalidad del tema del adulto mayor, seguramente nos vamos a quedar en la denuncia del caso aislado que, como bien decía el señor ministro, está en la órbita de la justicia. En ese ámbito se verá –lamentablemente, esto sucede en gran parte de los órdenes de la vida pero, en particular, en la salud– cuánto hay de condición humana, de impericia, de negligencia o de imprudencia, más allá de los controles, de las habilitaciones, de las supervisiones de los bomberos, etcétera. La justicia dictaminará cuál fue la causa de esta situación que tanto nos duele. Esto también refuerza que el tema prioritario, central de esa población que está asilada o en los hogares de ancianos, es la formación del cuidador, del personal que está a cargo y es responsable de su atención. ¿Por qué? Porque allí hay, de alguna manera, una ineficiencia en el involucramiento de la sociedad en su conjunto. Hace un gran esfuerzo la familia, desde el punto de vista económico, para internar en un hogar de ancianos a un familiar –padre, madre, hermano o quien sea–, pero si eso no va acompañado de un seguimiento colectivo de la sociedad, los recursos nunca van a alcanzar.

Si se dice que hay un plan, creo que sí lo hay, y consiste, primero, en la cobertura universal de salud; segundo, en el Sistema Nacional Integrado de Cuidados y, tercero, en la formación de los cuidadores.

Me parece que lo que se nos ha hecho saber en la tarde de hoy, tanto desde el Ministerio de Salud Pública como desde el Mides, más allá del dolor y de la dureza de lo que estamos viviendo ante esta situación particular es, a mi entender, el camino que es necesario recorrer como parte de un proceso.

Terminaría, en concreto y con respecto a la formación de los cuidadores, haciendo una apuesta a lo que dijo Julio Bango. Me parece importante saber de la progresividad, con el presupuesto ya asignado, en cuanto a las etapas de formación de cuidadores, del número de personal con el que se está trabajando y de la perspectiva que tenemos en ese sentido, porque hago acuerdo con lo que se informaba que es el tema central.

Por otro lado, en cuanto al plan de mejoras sobre el que nos informaba el ministro, quisiera saber si también hay un proceso de etapas, sobre todo, teniendo en cuenta la formación de los recursos humanos y los roles de la dirección técnica. Creo que, en ese sentido, es muy importante lo que se informaba acerca de que hoy más del 80 % de estos locales tiene dirección técnica y que es responsable ante el Ministerio de Salud Pública. Apunto a conocer el perfil, la formación y las responsabilidades de la dirección técnica porque me parece que ese, en sí mismo, es un paso bien importante que estamos dando.

SEÑOR PARDIÑAS.- Tengo el gusto de estar dialogando con la delegación del Gobierno, en este caso, del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Desarrollo Social sobre este tema aunque, lógicamente, el desencadenante de esto, tal como lo expresaba el sociólogo Bango, es un acontecimiento luctuoso que a todos nos ha golpeado fuertemente.

Hoy en el Parlamento nacional, en la Comisión de Salud Pública del Senado, en una sesión a la que se ha invitado a miembros de la Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión, estamos discutiendo este tema y eso es bueno. Recuerdo haber debatido bastante al respecto, en la legislatura pasada, en la Comisión de Presupuesto de la Cámara de Representantes. Inclusive, trabajamos bastante con la doctora Sica –que era la directora general del ministerio–, para ver cómo desarrollábamos el artículo para dar forma, en principio, a la iniciativa que tomaba el Poder Ejecutivo de pasar todos estas dependencias de fiscalización y la política de las residencias del Ministerio de Salud Pública al Mides. Esto lo discutimos, inclusive, con los representantes de la Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatría. Tal como planteaba el señor senador Da Silva, creo que todos tenemos que hacernos responsables porque hoy estamos discutiendo esto aquí, pero ya en la legislatura pasada el tema no salió del ámbito de la Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda y de la discusión, tal vez limitada, del articulado que se dio en los plenarios de las Cámaras de Senadores y de Diputados.

Básicamente, la preocupación estaba en quién fiscalizaba y llevaba adelante la rectoría de esa política hacia estos hogares. Es importante recordar que durante los gobiernos de nuestra fuerza política se empezó a construir una política para el adulto mayor desde el Ministerio de Desarrollo Social, que justamente se creó durante el primer gobierno del Frente Amplio. ¿Cuál es el plan, la acción, y cuáles los antecedentes? ¿Qué se ha hecho en este tiempo? Hay mucho para decir respecto a qué se ha hecho aunque, por supuesto, no todo lo que se debería. ¿Por qué hoy hay una política del adulto mayor en la que se integran el Mides como regente con el Banco de Previsión Social en relación a las políticas de cuidado? Porque hay una preocupación en dar solución a esos problemas que cada vez emergen con más fuerza en nuestra sociedad. Esto sucede porque las condiciones socioeconómicas y sociales de nuestro país van cambiando.

En la década de los noventa, en la casa en la que vivo –que es de mi suegra, por lo que está demostrado que se puede convivir con la suegra–, una casona antigua, funcionaba un residencial de ancianos. En el cuarto en el que duerme mi suegra –tiene 76 años, pero es muy dinámica y activa–, un dormitorio para ella sola, dormían cinco ancianos. En el dormitorio que hoy ocupa mi hijo menor –en general duerme con el perro–, dormían otros cinco ancianos, y no tenía habilitación de los bomberos. Esa es la realidad y también es cierto que no existe la habilitación por parte de los gobiernos departamentales y las intendencias. La mayoría de los alquileres que se hacen en los departamentos y ciudades no tienen inspección de los gobiernos departamentales. Esa es la realidad de Uruguay. Todavía somos un país en el que, cuando queremos formalizar y exigir, nos vienen a decir que estamos siendo demasiado burócratas y reglamentaristas. Lo está diciendo alguien que proviene de una zona de frontera, que cuando se va a aplicar el cero kilo escucha que eso no se puede hacer, que es algo imposible. Esta es la realidad que vive el Uruguay y que se ha venido corrigiendo paso a paso. No todo se va a solucionar de un solo salto, con una política que decrete el Poder Ejecutivo. Estoy seguro de que si hoy en la comisión estuviéramos de acuerdo como para pedir al señor ministro que redacte un decreto para que se cierren todos los hogares que no tienen habilitación, mañana muchos de nosotros estaríamos manifestando junto a gran parte de la población frente a esta gran arbitrariedad, prepotencia y desafuero del Poder Ejecutivo con estas personas que, como sabemos, no tienen a dónde ir.

En Cerro Largo se ha intentado cerrar algunos de estos establecimientos por acción de la Dirección Departamental de Salud, pero sucede que al propio director del hospital se le ha pedido que aloje a tres ancianos y lo cierto es que no tiene lugar y, si lo tiene, los acepta por tres días pero luego hay que dejar las camas libres. También ocurre lo que decía hace un rato el señor ministro, en el sentido de que lógicamente quien está al frente del establecimiento que se cierra no se hace responsable de los ancianos. Este es el gran problema que tiene nuestra sociedad, que se expresa en diferentes formas. ¿Cuántos de nosotros hemos escuchado la réplica de una persona anciana cuando el BPS le niega la pensión porque los hijos o el yerno están en buena posición económica y que tiene que recibir de ellos y no del Estado? Esa es la mentalidad de este país: que el Estado se haga cargo de lo que no se hace cargo la sociedad ni el círculo más cercano, el círculo familiar, que a veces no

tiene las condiciones para hacerlo –en ese caso es entendible–, pero otras veces las tiene y prefiere la solución más fácil, es decir, que lo arregle otro. Este es el gran problema que enfrentamos ahora, como también enfrentamos los problemas sanitarios mediante el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Creo que hay prioridades a resolver. En el primer período de gobierno, las políticas de desarrollo social tuvieron la prioridad a través del Panes, porque había gente que no tenía ingresos. Había más de 40% de pobreza; no nos daba para atender los residenciales. En el segundo período de gobierno hubo otras prioridades. Ahora, la prioridad es atacar, a través del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, los problemas de la tercera edad, la discapacidad y la infancia temprana. El sistema se está implementando; confiamos que se pueda desplegar en el territorio y solucionar estos problemas.

De la exposición de las autoridades me queda claro que el episodio ocurre en un establecimiento que había sido inspeccionado y que no era de los peores. Si había observaciones –no le voy a pedir al señor ministro que lo explicite ahora porque entiendo que está en el ámbito de la Justicia–, pero entiendo que los que allí estaban tenían las condiciones mínimas de atención. Sin embargo, ocurrió esa desgracia. Me gustaría saber si con anterioridad a este episodio se registraron denuncias por parte de algún vecino, familiar o trabajador sobre las condiciones del establecimiento.

Con relación a la formación, me consta que algunas de las que regentean este tipo de residenciales han participado en cursos de capacitación en el período pasado, cuando comenzaron a ser implementados por la Dirección Nacional de Políticas Sociales del Mides y el Instituto Nacional del Adulto Mayor. A mí me gustaría saber cuánta gente integró este proceso. Recuerdo que se hicieron cursos en Montevideo y cursos regionales en el interior porque no se podían hacer en todos los departamentos o en las capitales. O sea, este proceso de formación de recursos humanos empezó antes, no ahora. Por eso me gustaría saber cuántas personas fueron formadas en el período pasado, antes de tener el protocolo –aunque ahora hay un plan de estudios, como expresaba el señor Bango, que seguramente va a mejorar ese nivel de formación–, desde la rectoría del Mides.

Otro aspecto está vinculado a las habilitaciones. Si hay algo que en este país resulta difícil es tener en regla todas las habilitaciones. A veces son normativas que no están armonizadas y en algunos casos se están intentando armonizar; en otros simplemente no se tiene la conducta ni la responsabilidad de llevar adelante todos los procesos para habilitar las instituciones. La mayoría de los servicios públicos de este país no tienen edificios habilitados por bomberos, y ni que hablar de los privados. El señor senador Agazzi menciona al Parlamento, pero no podría afirmar nada, más allá de que aquí hay un destacamento de bomberos.

Si hacemos un relevamiento de los sitios en los cuales trabajan los uruguayos, de los emprendimientos industriales, comerciales o de otro tipo, ¿qué porcentaje de ellos tiene habilitación de bomberos o habilitación sanitaria? Estoy seguro de que estaríamos muy por debajo del 20 %. ¿Es esto malo? Potencialmente es un gran riesgo, pero tampoco podemos ponernos reglamentaristas y empezar a cerrar todo, porque sería peor dejar a la gente en la calle y sin laburo. Este es un tema que la autoridad también tiene que evaluar; habrá que ver cómo se puede avanzar en el cumplimiento de las normas, porque no pueden quedar vacías de contenido ni lejanas de su aplicación.

En cuanto al tema de la habilitación, la pregunta que planteo a la delegación es la siguiente. Dentro de los habilitados, ¿cuántos son de personas físicas o jurídicas, es decir, de privados –un emprendimiento en el que alguien invirtió para prestar un servicio–, y cuántos son de asociaciones civiles o inclusive públicos? Me consta que en muchos lugares son las propias intendencias las que ponen el local o destinan personal para que existan los llamados hogares de ancianos. Podría dar varios ejemplos de ello en diferentes departamentos de nuestro país. Me gustaría contar con esa información y saber cuántos de los locales que hoy están habilitados son de privados, y cuántos son de asociaciones civiles o públicos.

Voy a hacer una última reflexión porque creo que nosotros también somos responsables. Recién lo comentaba con la señora senadora Ayala, porque el año pasado, cuando este Senado discutió el Presupuesto Nacional, trabajamos juntos en la Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda. Recuerdo que a través de «Subsidios y Subvenciones» aprobamos numerosos aportes, desde el presupuesto, para hogares de ancianos o asociaciones civiles que los gestionan. ¿Y saben

qué? Controlamos que sean personas jurídicas, que estén constituidas y cumplan con los requisitos de pasar la información de la ejecución de las partidas –rendición que se hace al Ministerio de Economía y Finanzas–, pero no hemos pedido habilitación del Mides ni del Ministerio de Salud Pública. ¡No las hemos pedido! ¡Si habrá que seguir construyendo! ¡Si tendremos desafíos para transformar esta sociedad y mejorar nuestro país! Por eso tenemos que seguir construyendo y generando políticas públicas.

SEÑOR BANGO.- Intentaré ser lo más breve posible en virtud de que no estaba previsto que nos destinaran tanto tiempo.

Ante todo, debe quedar claro que un plan no es una expresión de deseos; no se trata de decir, por ejemplo: «Me gustaría que pasara tal cosa». Quienes estamos en la gestión pública tenemos la obligación de planificar, y hacer un plan es definir un estado de situación, plantear metas y asignar recursos para que eso acontezca. Eso es lo que tenemos: un plan, pero ese plan no empieza hoy ni está motivado por la lamentable situación que vivimos ayer. Este plan fue anunciado antes.

Como bien decía la señora senadora Alonso, nosotros vinimos en el marco de la situación presupuestal y planteamos nuestro diagnóstico. Estábamos preocupados y por eso definimos un plan y un curso de acción que tiene dos componentes –esto debe quedar muy claro para los señores senadores–: fiscalización y control. El resultado de la fiscalización y el control no es el que se expuso públicamente recién, pues las sanciones que se han efectuado alcanzan las 76 en el 2015. Entonces, tenemos fiscalización y control con división del trabajo. El Mides a través de Inmayores fiscaliza los aspectos sociales y salud pública fiscaliza los aspectos sanitarios. El riesgo en cuanto a la fiscalización de cada cosa es que no haya intercambio, y justamente el Sistema Nacional Integrado de Cuidados está para eso, para generar una base común, un sistema de información común compartido, y división del trabajo. Luego el Ministerio de Salud Pública, que tiene ahora la prerrogativa final, define si habilita o no.

SEÑORA ALONSO.- Concretamente sobre ese punto: ¿quién habilita? ¿El Ministerio de Salud Pública habilita primero y después el Ministerio de Desarrollo Social? ¿Es simultáneo o es al revés? ¿Quién habilita a que el otro pueda controlar? No tengo claro ese aspecto.

Por otro lado, puntualmente sobre este establecimiento, ¿cuál fue el último control que se hizo y cuál de los dos ministerios hizo los controles correspondientes?

SEÑOR BANGO.- De acuerdo al cambio que se dio justamente en la ley de presupuesto –respondo también a la señora senadora Pesce– hoy no hay una normativa; existía pero cayó cuando el parlamento aprobó la ley de presupuesto. Lo que estamos definiendo ahora –Ministerio de Salud Pública y Mides– es el nuevo decreto normativo. No obstante, estamos fiscalizando con los criterios que teníamos antes, porque no vamos a quedarnos sin fiscalizar.

El ministro de salud pública señaló que en particular en relación a esta residencia, en lo que va de 2016 se habían hecho dos inspecciones, así como dos en 2015, y dos en 2014 de parte del Ministerio de Desarrollo Social. Entonces esta residencia no era que no estaba fiscalizada ni tampoco en una situación de las que catalogamos como para cerrar.

SEÑORA PRESIDENTA.- Solicitamos al señor Bango repita la información brindada a los efectos de que conste correctamente en la versión taquigráfica.

SEÑOR BANGO.- Esta residencia tenía dos inspecciones de salud pública efectuadas en 2016, en estos meses, y cuatros inspecciones del Ministerio de Desarrollo Social, dos en 2014 y dos en 2015, con sendos informes compartidos, por supuesto.

SEÑOR DA SILVA.- Me permite, señora presidenta.

SEÑORA PRESIDENTA.- Solicito a los señores senadores que pidan la palabra luego de finalizada la intervención del señor Bango y que las consultas sean muy concretas por el factor tiempo, porque además haremos una propuesta final.

SEÑOR BANGO.- Como decíamos está la fiscalización y el control, con división del trabajo, por cuanto la parte social la realiza el Mides y la parte sanitaria el Ministerio de Salud Pública. La habilitación, la definición final y la potestad la tiene el Ministerio de Salud Pública.

¿Cuál es la lógica de trabajo? Se comparten las inspecciones que se realizan y antes de tomar una decisión, el Ministerio de Salud Pública tiene el informe que realiza el Ministerio de Desarrollo Social de la parte social. Con esto y con la inspección de la cuestión sanitaria, se compone la resolución final que la toma el Ministerio de Salud Pública. Ese es el procedimiento que tenemos.

La otra parte del plan es la formación, que tiene recursos asignados. El señor senador Carámbula preguntaba cuál es la progresividad de la formación. Nosotros, en base al acuerdo que estamos haciendo para la formación, tenemos pensado hacer unos sesenta cursos este año y formar a 1500 personas.

El señor senador Pardiñas preguntaba por la formación anterior y efectivamente la hubo. Un actor fundamental fue el Banco de Previsión Social que dio cursos de formación junto al Ministerio de Desarrollo Social en el período pasado, cuando por la vía del BPS, el Mides y la fundación Astur –organización privada, que también capacitó gente junto a otras–, se formaron aproximadamente 1450 personas en materia de cuidados, pero con esta heterogeneidad que, como decíamos, no nos permitía establecer un piso de calidad que estableceremos ahora triplicando o cuadruplicando el tiempo de formación.

En síntesis, ese es el plan para el que se han destinado recursos en el marco del Presupuesto nacional aprobado por los legisladores a efectos de acometer esta tarea que se desarrollará en forma gradual, es decir, no vamos a formar todo el personal ahora. Esta es la respuesta concreta que podemos brindar: no empezamos hoy porque se planteó una situación de emergencia, sino que se hizo un diagnóstico, nos propusimos determinadas metas y definimos los recursos. En el acierto o en el error, estamos trabajando en esa dirección y haciendo todo lo posible. Ojalá podamos lograr las metas rápidamente, pero no vamos a sacrificar la calidad en aras de la cantidad; no vamos a sacrificar la calidad de la formación en aras de la cantidad de las personas formadas. Esa es una decisión política, porque de no atenernos a esta premisa después al Estado le es mucho más difícil resolver los problemas de calidad.

SEÑOR MINISTRO.- Haciéndonos cargo de que tenemos un desafío de primer orden en lo que refiere a resolver la brecha entre la situación en la que estamos y la que queremos llegar, trasmitimos nuestro compromiso en cuanto a involucrar fuertemente a estos dos ministerios en un proceso que tiene por delante el objetivo de asegurar que ninguna de las instalaciones, residencias, centros de larga estadía o estructuras que alojan personas en situación de vulnerabilidad, estén fuera de los controles correspondientes. La periodicidad de los controles, las observaciones, el exigible plan de mejoras que cada una de las instituciones tiene que plantear en ese proceso que inexorablemente debemos transitar, en función de que cuando comenzamos a trabajar en esto hace muchos años había estructuras que no figuraban en ningún registro –ya que solo figuraban las que estaban habilitadas–, nos impone el gran desafío de incorporar esto a una lógica de monitoreo y control, que al mismo tiempo nos impone avanzar en esta reglamentación a la que hacía referencia el sociólogo Bango, pues esta determina con total precisión las competencias de cada uno de los organismos involucrados. Asumimos que muchas veces se presentan dificultades al momento de identificar las responsabilidades cuando interviene más de un organismo; eso pasa a lo largo y ancho del Estado. Por lo tanto, el éxito de la aplicación de la reglamentación derivará de si somos capaces de identificar con claridad las responsabilidades de cada uno de los organismos, sin perjuicio de la transversalidad de la información que tiene que existir entre estos dos ministerios y además con otros organismos relacionados, como la Dirección Nacional de Bomberos y el Banco de Previsión Social; este último muchas veces colabora otorgando recursos económicos para jubilados no autoválidos que deben ser trasladados con la garantía de que serán atendidos en un lugar adecuado.

Hay muchos organismos que intervienen y cada uno tiene sus responsabilidades. La reglamentación, reitero, tiene el gran desafío de poder cristalizar esto.

En ese plan de mejoras exigible, hay un capítulo fundamental del rol de los responsables privados de las instituciones, que tienen que viabilizar los recursos económicos y humanos para asegurar el correcto proceso de mejora de dichos establecimientos. También tiene importancia el rol de la dirección técnica, que debe responsabilizarse de los aspectos vinculados a la atención sanitaria. Estamos tratando de que la reunión no se extienda más pero podríamos analizar las instancias de discusión de los directores técnicos cuando se los llama al Ministerio para que den cuenta de las observaciones que se generan en las inspecciones correspondientes. El director técnico es un profesional de salud; puede ser geriatra, internista, médico de familia, etcétera, pero es un profesional y su título se juega también en el Ministerio.

En realidad, para nosotros es muy importante un responsable técnico y también un responsable institucional que asuma su cuota parte. Pero también seamos conscientes de que cuando analizamos el mercado –porque hay un mercado–, ante los distintos precios que se ofrecen para dar los servicios, toda la sociedad toma decisiones en función de sus posibilidades y de otras circunstancias. En ese sentido, nosotros tenemos que garantizar que en cualquiera de esos establecimientos se den las mínimas garantías para la seguridad de los pacientes, el cuidado humano y la accesibilidad mínima necesaria.

Reitero que estamos trabajando fuertemente con los directores departamentales de salud. Justamente, la directora Adriana Brescia me estaba comentando lo del compromiso de los directores departamentales de salud en todo el país, que en muchos casos asumen la vigilancia y el monitoreo de estos establecimientos, amén de las responsabilidades que tienen dentro del sector de la salud. Ellos saben de las dificultades que genera el cierre de las instituciones y por eso se insiste en la prevención en aquellas situaciones de mayor riesgo y se evalúa la viabilidad de las instalaciones existentes, sobre todo, en localidades muy humildes y alejadas, donde la gente con muy pocos recursos no tiene otra alternativa que dejar allí a algún familiar. En esos casos, los directores departamentales de salud vienen jugando un papel muy importante y nosotros aspiramos a que lo sigan haciendo en el marco de esta nueva formalidad que se estableció a partir de la ley de Presupuesto, devolviendo al Ministerio esta responsabilidad.

SEÑORA PRESIDENTA.- Antes de que los señores senadores continúen haciendo preguntas, les pido que sean concretos a los efectos de que no se extienda demasiado esta sesión ya que hay otros compromisos. Quizás en los próximos días, con algunos resultados a la vista, tengamos una nueva reunión.

SEÑORA ALONSO.- Respecto a los controles que se hicieron a este establecimiento, ¿en qué consistieron las advertencias y las sugerencias que se efectuaron? ¿Cuáles fueron las indicaciones concretas? ¿El hecho de que una persona estuviera a cargo de 17 ancianos fue una de las advertencias que se hizo en el marco de esos controles?

También voy a estar atenta a la respuesta que se le dé al senador Agazzi y que tenía que ver con la pregunta que hizo al principio.

SEÑORA PESCE.- Señor ministro: el hospital Piñeyro del Campo, ¿tiene habilitación de Bomberos?

Por otro lado, desde 2014 el director de la Dirección Nacional de Bomberos dijo que no se habían registrado movimientos en las solicitudes de habilitación de Bomberos de este local específicamente. A su vez, se dijo que en la última inspección que le hizo el Ministerio de Desarrollo Social o el Ministerio de Salud Pública, se lo emplazó a setenta días para poner en orden la habilitación de Bomberos. Allí hay algo que no me cierra. Son plazos demasiado largos. Quisiera saber, entonces, a qué se refieren esos setenta días. ¿No se realizó un control previo?

Muchas gracias.

SEÑOR DA SILVA.- En la misma línea de lo planteado por la señora senadora Alonso, el año pasado tuvimos cuatro inspecciones, y este año, dos. ¿Cuáles de esas observaciones se fueron corrigiendo en este caso en particular, y cuáles, no? ¿En dónde podemos ver la diligencia o la omisión de la autoridad?

Por último, según la respuesta del señor ministro, vemos que en los hospitales estamos con algún problema serio en cuanto a habilitación de Bomberos, que será para hablarlo largamente ya que no es un tema que podamos poner en un cajón, porque el diablo no descansa.

SEÑOR LEMA.- Quiero agradecer la gentileza de esta comisión y de la señora presidenta, quien nos permite hacer uso de la palabra en este tema tan delicado que, evidentemente, todos lamentamos. Realmente la noticia nos provocó mucha tristeza.

Brevemente –ya que me comprometí a ser muy concreto y resumido– quiero decir que, a pesar de haber tenido y tener diferencias con el señor ministro de Salud Pública, me produce mucha satisfacción que hoy esté en esta comisión dando la cara. Eso no significa determinar el alcance de ninguna responsabilidad. Simplemente, como máximo interlocutor en su materia, está acá. Eso habla de un coraje que queremos destacar expresamente y valorar. Con este tipo de actitudes, más allá de las diferencias que pueden aparecer, se gana ese respeto que tan linda sensación nos provoca en esta actividad.

También quiero reconocer la presencia del director Bango –a pesar de que entendíamos que debería estar presente el máximo jerarca de la cartera–, con quien nos tocó interactuar por temas puntuales y siempre demostró tener solidaridad y sensibilidad. Eso habla de las pequeñas grandes cosas que enaltecen a las personas, por lo menos en las intenciones, más allá de concordar o discrepar a posteriori. Quería dejar esa constancia porque son gestos que se valoran y que quería reconocer.

Voy a formular una primera pregunta, muy concreta. En el pedido de informes al que hizo alusión la señora senadora Alonso –lo hicimos el 9 de octubre, momento en que ya nos preocupaba este tema– había varios aspectos sobre los que hasta hoy tenemos algunas interrogantes. Vamos a ser concretos: el Ministerio de Desarrollo Social nos contesta que en nuestro país hay 1.114 establecimientos, de los cuales 396 se encuentran en condiciones adecuadas; 538, en condiciones intermedias, y 180 presentan distintos niveles de déficit. De acuerdo con esta clasificación ¿dónde se encontraría este hogar?

La segunda consulta, que le realizaba a la señora presidenta hace unos instantes, es si pueden dejar las actas de la inspección, que consideramos muy ilustrativas porque, más allá de la cantidad de veces que se vaya a inspeccionar el lugar, obviamente cada una de esas inspecciones no pertenece a un cumplido sino a la verificación de un estado de situación. La lectura de esas actas es sumamente descriptiva para saber cómo se ejercieron las fiscalizaciones e inspecciones en este hogar. A su vez, también sirve como parámetro para saber, a nivel general, cómo resulta cada una de ellas.

Por último, además de agradecer su tiempo, quisiera hacer una corrección a lo que decía el director Bango. A nosotros, en respuesta oficial, el 18 de diciembre nos dicen que fueron 48 sanciones, no setenta y pico. En ese momento se dice «a la fecha». En el pedido de informes se dice que desde enero de 2014 se aplicaron 48 sanciones, de las cuales 31 son de apercibimiento, 13 de suspensión de actividades y 4 de clausuras definitivas. Esta es la respuesta que nos brindó el Ministerio de Desarrollo Social. Reconozco que me llamó la atención la poca cantidad de sanciones dada la cantidad de establecimientos que tienen niveles de déficit. Quería hacer esta apreciación y la consulta sobre los que no son sancionados, cómo se ejerce el procedimiento. La respuesta que se nos da es que en estos lugares donde se encuentran situaciones más precarias se hace un seguimiento y un procedimiento posterior. Me gustaría conocer cómo se realiza el mismo.

SEÑOR BANGO.- Con respecto a lo que planteaba el diputado Lema, quiero decir que antes de que se hiciera presente nosotros actualizamos las cifras. Luego de aquel pedido de informes que se respondió a esa fecha, se incrementaron las sanciones en función de las visitas que se hicieron. Hoy di cuenta de

las cifras actualizadas a la fecha actual, las cuales superan las que el diputado oportunamente tuvo de parte del ministerio. Se las podemos hacer llegar luego de la reunión.

Con respecto a lo que planteaba la senadora Alonso sobre el artículo 23 de la reglamentación que cayó, al pasar en el marco de la ley de presupuesto la decisión final al Ministerio de Salud Pública, estos eran los ratios que se establecían y sobre los cuales hemos seguido fiscalizando hasta que tengamos la nueva reglamentación. El artículo 23 expresa: «Recursos humanos. El personal a cargo del cuidado de personas adultas mayores deberá ser exclusivo para dicha función, respetando los siguientes ratios:

a) En turnos diurnos, 1 (uno) por cada 10 (diez) adultos mayores autoválidos y 1 (uno) por cada 5 (cinco) adultos mayores con dependencia.

b) En turnos nocturnos, 1 (uno) por cada 20 (veinte) adultos mayores autoválidos y 1 (uno) por cada 10 (diez) adultos mayores con dependencia.

Por lo menos un trabajador de cada turno deberá tener capacitación documentada en primeros auxilios».

Por tanto, seguimos la inercia de la aplicación de estos criterios hasta tanto ratifiquemos o rectifiquemos, en el trabajo conjunto que estamos realizando los dos ministerios, la nueva reglamentación que, como anunció el ministro, va a estar pronta en las próximas semanas.

SEÑOR MINISTRO.- Me gustaría que el Director General de Salud pudiera dar cuenta de los informes, concretamente sobre este hogar, en lo que tiene que ver con las competencias propias del ministerio.

SEÑOR QUIAN.- En esta residencia este año se hicieron dos inspecciones por parte del Ministerio de Salud Pública. Una de ellas fue en los primeros días de marzo –el día 7– y allí se constató que había una serie de irregularidades, entre comillas, en cuanto a la administración de los medicamentos –los horarios para su suministro no estaban establecidos específicamente– y los controles de las dietas, lo cual se exige debe estar escrito. El sector ancianidad, que hizo esta inspección, convocó a la directora técnica al Ministerio de Salud Pública. Dicha persona concurrió sin ningún inconveniente a la cartera y aceptó las indicaciones que se le hicieron. En el siguiente control, que fue en abril de este año, se pudo observar que constaba una planilla con la medicación administrada a los internos que la necesitaban, los horarios y la firma de los responsables de administrarla. También constaba la planilla con las dietas especiales que requerían los pacientes. La verdad es que nos pareció una respuesta absolutamente adecuada de la señora directora técnica que, además, es una colega. Por tanto, la inspección final fue favorable desde el punto de vista sanitario.

SEÑOR MINISTRO.- Con relación a la pregunta relacionada con el Piñeyro del Campo y los servicios de salud, voy a reiterar un poco el planteo original vinculado a cómo se está procesando en el sector salud, particularmente en el público, lo relativo a las regularizaciones y habilitaciones.

En muchas de las instalaciones, la propia norma que determina el procedimiento para la habilitación requiere un plano actualizado que debe digitalizarse. El procedimiento es complejo pero no en el sentido de establecer la cantidad de matafuegos o bomberitos que se necesitan, sino porque requiere del cumplimiento de un conjunto de normas en materia edilicia, y en estructuras que tienen sus años y vienen de alguna manera mejorándose progresivamente, resulta difícil alcanzar la norma. Reitero que nuestro desafío es que, a medida que se vayan realizando nuevas construcciones, las estructuras se ajusten a las disposiciones vigentes. Obviamente, hay una brecha entre el escenario actual y lo que sería el ideal, pero apuntamos a que cada vez que se vayan haciendo inversiones, las mismas se vayan alineando a las normas, de forma de tener un horizonte que nos permita aspirar a la formalización total de las estructuras. En ese proceso nos encontramos a nivel de todo el sector de la salud.

SEÑORA PESCE.- ¿Es verdad que desde el año 2014 le dan setenta días de prórroga a ese local?

SEÑOR QUIAN.- En ese caso no fue el Ministerio de Salud Pública, que tomó contacto con esta institución en marzo de este año, haciéndose las dos inspecciones a las que aludí. Nosotros no dimos ningún plazo; hubo uno para las correcciones, que se otorgó cuando se fue a controlar.

SEÑORA ROSAS.- Quiero aclarar y complementar lo manifestado por el doctor Quian.

La última inspección realizada por el Ministerio de Salud Pública otorgó un plazo de sesenta días para retomar los temas de habilitación de la casa, que todavía no estaban en marcha. El 15 de abril se emplazó a la directora técnica, que concurrió al ministerio y llevó un informe de lo actuado, así como también de las modificaciones hechas. Con respecto a estas últimas y dando respuesta a algunas interrogantes planteadas, quiero decir que sí se tuvo en cuenta y se dejó el número de funcionarios actuantes, aspecto que fue corregido en la segunda visita.

SEÑORA PRESIDENTA.- Tal como lo han hecho los colegas, agradecemos al señor ministro y a su equipo, así como también a los representantes del Mides, su iniciativa de comparecer en este ámbito para abordar este tema. Creo que esto nos ha servido a todos, más aún cuando cada uno de nosotros somos repetidores de muchas de estas cosas que aquí hemos escuchado.

Sabemos que esto no finalizará en el día de hoy. Es así que solicitamos al señor ministro que a medida que vaya surgiendo mayor información sobre lo acaecido en este hogar de ancianos, nos la haga llegar a través de la secretaría a fin de distribuirla al pleno de la comisión y hacerla extensiva también a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes y a las Comisiones de Población, Desarrollo e Inclusión de ambas Cámaras.

Por nuestra parte, distribuiremos la versión taquigráfica de lo informado en la sesión de hoy.

Y, finalmente, solicitamos al director Bango que tenga a bien dejar en poder de la secretaría la información manejada en el día de hoy y ampliarla también con alguna de las preguntas que fueron planteadas por los señores senadores.

Nuevamente, muchas gracias por su presencia en este ámbito.

No habiendo más asuntos, se levanta la sesión.

(Son las 19:24).